Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 3 - 1980

VOORWOORD

Ook dit nummer wordt gewijd aan het vierde congres van het Europees Verbond der Katholieke Geneesherenverenigingen F.E.A. M.C. voorafgegaan door enkele bedenkingen van onze aalmoezenier Jos D. CUYPERS.

Prof. RENAER deed een zeer gewaardeerde toespraak over : « Prolégamènes pour une discussion sur des problèmes en rapport avec l'euthanasie ». We vertaalden deze belangrijke uiteenzetting naar best vermogen.

Prof. AUER uit Tubingen, Duitsland, behandelde de onderwerpen: « Transplantation und Suizide ».

Zuster Geert HELEVEN had het over « Pregnant women in distress - adobtion ».

De Sint-Lucas-geneesherenvereniging bestaat 45 jaar en houdt haar jaarvergadering op zaterdag 18 oktober a.s. in de Bijloke te Gent rond het thema : « vijf jaar Wet VEIL in Frankrijk ».

Ten slotte wensen we de nieuwe voorzitter van het Europees Verbond der Katholieke Geneesherenverenigingen F.E.A.M.C. een gemeend proficiat. Dr. Jean KLUYSKENS volgt op aan Prof. Jean LEREBOULLET (Parijs). Als blijk van waardering publiceren we de foto van Hare Majesteit Koningin FABIOLA samen met Dr. Jean KLUYSKENS.

Dr. Gerard VANDENBERGHE

P.S. Wie het congresboek met de mededelingen op het vierde congres van het Europees Verbond der Katholieke Geneesherenverenigingen verkrijgen wil kan dit — voor zover de voorraad strekt — toegezonden krijgen na storting, voor onkosten van 100 fr. op P.C.R. 000-0321178-11, ST. LUCAS, Ijzerlaan 19, 1040 Brussel.

NAAR EEN NIEUW WERKJAAR ?

1980 - 1981

Een nieuw werkjaar is begonnen : 1980 - 1981.

Vooreerst schrijven wij de jaren **tachtig !**

Wanneer wij de dagbladen, tijdschriften, massmedia lezen, horen of beluisteren, dan voorspelt men niet veel goeds voor de jaren 80.

Ook internationale en zeer erkende conflictanalysten willen ons doen geloven dat een derde wereldoorlog niet meer te vermijden is. Redenen zijn talrijk aanwezig wanneer men de wereldsituatie bestudeert !

In eigen land kan de conflictsituatie leiden tot de meest onheilwekkende toestand.

En . . . ten slotte, is er in ons land, ook al omwille van de sociale, politieke implicaties die het beroep meebrengen, een ongenoegen en een wantrouwen gegroeid ten aanzien van de artsen !

Heeft dit alles iets te maken met het begin van een nieuw werkjaar bij de katholieke artsenvereniging in ons land ? Misschien wel.

Immers, in de uitbouw van een beroepspraktijk, bij de doeleinden en verwachtingen van een katholieke artsenvereniging, gaat het om grote en zeer belangrijke **levenswaarden :** nl. het leven, de mens, de wereld; de harmonie en vrede in persoon en maatschappij. Het gaat om de tekenen des tijds te begrijpen; te bestuderen waarheen zich deze wereld ontwikkelt; over lijden, onrecht, dood en de mysterieuze grond van al wat bestaat : God zijn boodschap van nu te beluisteren en in praktijk om te zetten.

De vraag van het nieuwe werkjaar is : kunnen wij als katholieke artsenvereniging een uitgangspunt vinden voor een nieuwe mentaliteit, een nieuwe dynamiek; voor een opnieuw ontdekken van de belangrijke evangelische waarden ? Het ervaren en werken voor vrede; het anders reageren op macht, rijkdom, geld, onrecht ?

Heeft onze vereniging - voor de jaren 80 - voldoende levenskwaliteit en religiositeit in zich die kan bijdragen tot meer vrede, meer solidariteit, meer « dienst aan de anderen » ?

Sluit aan . . . Samen willen wij daaraan bouwen.

Jos D. CUYPERS o.p. Brussel

Voorafgaande bedenkingen bij de discusie over problemen in verband met euthanasie

Vertaling door G. Vandenberghe

Prof. M. Renaer

Leuven

Vooruitgang van beschaving en geneeskunde, de sociologische veranderingen in de volksgemeenschappen en de daarmee gelijk--lopende secularisatie hebben de mens ertoe gebracht alles naar zijn wil te schikken, inbegrepen het menselijk leven vanaf het begin tot het einde. Zo worden we geconfronteerd, buiten zoveel andere problemen, met alles dat in verband staat met euthanasie. Slechts enkele bedenkingen zullen we wijden aan de realiteit van de euthanasie met zijn veelzijdige aspecten.

De realiteit is ingewikkeld en zeer verscheiden.

Om op een realistische wijze te discuteren over het euthanasie-probleem dan moet men zeer bewust zijn van de problemen die zich stellen op de verscheidene gebieden van de geneeskundige praktijk waar men kan geconfronteerd worden bij het einde van een leven.

De problemen stellen zich op een verscheidene wijze naar gelang het gaat om een algemene geneeskundige praktijk dan aan ziekenhuisgeneeskunde. En in het ziekenhuis zijn de problemen verschillend naargelang de specialiteit die men beoefent. Zo staat de pediater, gespecialiseerd in vóór-geboorte voor andere problemen dan een neuroloog of een neurochirurg.

De opgave in een dienst voor medische intensieve zorgen kan verschillen dan deze bij intensieve chirurgische zorgen. De laatste zorgen door geneesheren anaesthesisten en reanimatoren zijn niet dezelfde voor de diensten in geriatrie, als in de diensten voor de 900.

De ondervinding die ik heb opgedaan in de commissie voor medische ethiek in een universitair ziekenhuis bracht me de overtuiging dat het voor een bepaalde persoon onmogelijk is om op een voldoende wijze de werkelijke toestand, zoals hij zich in de verschillende disciplines voordoet, te kennen. Bijgevolg is het een noodzakelijkheid de specialisten in de verschillende disciplines te consulteren vooraleer welbepaalde ethische oplossingen te kunnen voorstellen.

De toegepaste moraal moet aan de realiteit gebonden zijn.

Hoe ingewikkelder de realiteit is des te groter schijnt het aantal waarden te worden die in het spel zijn. Indien men wil vermijden vanuit het onbekende te vertrekken, moet men zich van elke discussie onthouden zolang men alle apecten van de gestelde problemen op medisch, psychologisch en economisch gebied, niet verwerkt heeft.

Gezien de inhoud van deze elementaire aanmerkingen evenals de beperktheid van mijn kennis, kan ik slechts enkele aspecten van « het probleem euthanasie » aansnijden.

Definities.

Het woord « euthanasie » kan een verschillende bruikbare inhoud hebben.

Over het algemeen — doch dit is niet te veralgemenen — beschouwd men de verschillende vormen van euthanasie in verband met personen bij wie de terminale levensjaren, het stervensproces, reeds begonnen is. Dit veronderstelt dat de persoon aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, die beleidelijk verergt met de dood als onverbiddelijg gevolg.

Euthanasie.

1° Ethymologisch is euthanasie : de meerwaardige hulp die men een stervend mens poogt te bieden. Vanuit moreel standpunt betwist niemand de dringende noodzaak hiertoe. Nochtans zelfs deze vorm van euthanasie stelt in onze societeit verschillende problemen. Hierop komen we later terug.

Indirecte euthanasie.

2° Bij « indirecte euthanasie » gaat het om een geneeskundige behandeling ter verlichting van het lijden van de stervende, hetgeen kan gepaard gaan met een verkorten van het leven. Deze tussenkomsten zijn niet talrijk, maar ze kunnen zich voordoen.

Strikt genomen is de toestemming van de patient noodzakelijk voor het toepassen van « indirecte euthanasie ». Men moet de patient uitleggen wat men zal doen. Zo dit niet geschiedt kan deze medische behandeling — strikt genomen — bestempeld worden als een « onvrijwillige euthanasie » : een euthanasie niet gevraagd door de patient.

Kan deze « indirecte euthanasie » beschouwd worden als een soort « vrijwillige euthanasie » ? Vrijwillige euthanasie zijnde een euthanasie op verzoek van, of met toestemming van de stervende. Dit is niet noodzakelijk zo vermits bij « indirecte euthanasie » het deel van de medische daad is : het verlichten van het lijden, en geenszins het verkorten ervan ofschoon men dit risico bewust loopt.

Passieve euthanasie.

3° Passieve euthanasie is deze vorm van euthanasie waarbij geen geneeskundige behandeling ter verlenging van het leven wordt toegepast of volgehouden of beproefd.

Enkele voorbeelden :

— bij een massieve longembolie afzien van het toedienen van anticoagulantie bij een « grabatoire » ouderling die daarenboven nog seniel is.;

— het niet toedienen van antibiotica voor een bronchopneumonie bij een persoon lijdend aan een ongeneeslijke kanker.

De toestand is daarenboven verschillend naargelang de patient in kwestie al dan niet bewust is van zijn toestand.

Indien de patient bewust is van zijn toestand en indien een voldoende communicatief contact mogelijk is dan bestaat er mogelijkheid tot uitleg over alternatieve behandelingswijzen.

Wanneer geen communitatief contact mogelijk is dan moet de geneesheer oordelen met het verzorgend personeel en de familieleden, werkelijk bekommerd met het belang van de zieke, en dat zonder geïnteresseerde bijbedoelingen.

Ofschoon de basis voor de geneeskundige ethiek het respect voor de menselijke persoon is, het respect voor zijn leven evenals voor de waarden waaraan hij hecht, deze geneeskundige ethiek gebiedt ons niet aan het biologisch menselijke een absolute waarde te geven.

Het biologisch leven heeft zijn waarde als integrerend deel van het menselijk leven.

Wanneer door gebrek aan enig communicatief contact tussen de verschillende personen, of wanneer de verhouding tussen de eventueel realiseerbare waarden en de zeker te verwachten negatieve waarden niet positief zijn, dan mist de verlenging van het leven zijn zin vermits het neerkomt op een verlenging van

de dood. De grens van onze plicht tot geneeskundige hulp is bereikt.

In deze gevallen schijnt het toegelaten de werkelijk uitzonderlijke geneeskundige zorgen te onderbreken. Het gaat hier om de zorgen die niet meer kunnen leiden naar resultaten in verhouding tot de toegestane inspanning (door de zieken).

Anderzijds mag men nooit nalaten de essentiële zorgen te verstrekken die een maximum van welzijn voor de zieke waarborgen.

De actieve euthanasie.

Actieve euthanasie is de weloverwogen (prémédité) geneeskundige tussenkomst, met als doel het verkorten van het leven, of het weloverwogen nalaten van de tussenkomst die het leven — van de persoon lijdend aan een ongeneeslijke ziekte — zou verlengen.

De actieve euthanasie kan gewild of ongewild zijn. Ze kan beperkt restrictief zijn of meer uitgebreid. Ze kan zich beperken tot een ongeneeslijke toestand die de eindphase bereikt heeft .

Anderzijds kan de actieve euthanasie uitgebreid worden tot ongeneeslijken die niet noodzakelijk het terminaal stadium hebben bereikt.

Sommigen willen de actieve euthanasie zelfs toepassen in de gevallen waar een persoon — ingevolge een somatische handicap of om psychosociale reden— op een dergelijke wijze gedegouteerd is van het leven dat zij er een einde wenst aan te maken.

De meesten zijn het eens om de onvrijwillige euthanasie te veroordelen. Het gaat hier om de actieve euthanasie die gewild werd door om het even wie, echter zonder op vraag van, of, zonder toestemming van de persoon die de onvrijwillige euthanasie ondergaat. Deze onvrijwillige euthanasie wordt in het algemeen beschouwd als een moord. Zeker : gerechtelijk.

Het verwerpen van de actieve onvrijwillige euthanasie is dus vanzelfsprekend wanneer het om een bewuste zieke gaat.

De « onvrijwillige euthanasie » is niet zo vanzelfsprekend wanneer het gaat om personen die zich in meer of minder diep coma bevinden, dat vermoedelijk onomkeerbaar is, zonder dat men

echter spreken kan van een « voorbijgestreefd coma » : een « gecérébreed » wezen.

Heden ten dage berust de moeilijkheid in het feit dat we over geen algemeen aanvaarde normen beschikken waarbij vanaf het begin kan voorzien worden dat zekere coma's al dien niet, als reversiebel zullen evolueren. Deze onwetendheid leidt tot drama's als deze van Ann Quinlan.

Terzake stellen er zich ook moeilijke problemen bij bepaalde pasgeborenen, bij kinderen die vreselijk gehandicapt zijn sinds de geboorte of ingevolge een zware hersenaandoening. Voor deze gevallen verkiezen sommigen een actieve onvrijwillige euthanasie. De meesten echter zijn voorzichtiger en willen zich afvragen in welke omstandigheden een passieve euthanasie kan in aanmerking komen.

Te oordelen naar de talrijke discussies die terzake gerezen zijn is het antwoord ver van eenvoudig.

De meningen lopen vooral uiteen wanneer de licéite ter sprake komt:

« actieve euthanasie op vraag van de belanghebbende ».

Actieve euthanasie op vraag van de belanghebbende.

Normen.

De enen — in de regel gelovigen — aanvaarden dat het leven een gave is waarover wij niet vrijelijk mogen beschikken, en dat we niet naar goeddunken mogen beperken.

Anderen — in de regel niet-gelovigen — zijn van oordeel dat ieder persoon vrijelijk, souverein, over zichzelf evenals over zijn leven beschikt. Hierbij moet de gemeenschap de individuele rechten tegen derden verdedigen, maar hierbij heeft de gemeenschap zich niet te mengen met de vrije beschikking van het individu over zichzelf voor zover deze vrije beschikking niet de rechten van de anderen schaadt. In deze optiek mag een zieke, lijdend aan een ongeneeslijke ziekte, wanneer zijn leven voor hem niets meer betekent dan een verlengen van zijn lijden en ongemak voor hemzelf als voor anderen zijn naastbestaanden, vrijelijk een einde maken aan zijn leven. De daad gaat slechts de betrokken persoon aan. Zo nu anderen — ingevolge hun philosophische overtuiging, deze redenering niet kunnen goedkeuren, dan moet een pluralistische maatschappij de « vrijwillige actieve euthanasie » niet verbieden per wet. De pluralistische maatschappij moet aan de enkelingen de vrijheid van handelen toestaan, onder zekere voorwaarden, waarbij mogelijke misbruiken, naar hun persoonlijke overtuiging, voorkomen worden.

In werkelijkheid, evenals voor de toepassing van de normen verlopen de zaken enigzins anders onverenigbaar. De vraag naar actieve euthanasie wordt nogal zelden gesteld. Daarbij komt meestal tot uiting : « onze volwaardige polyvalente hulp » aan personen met een ongeneeslijke ziekte schiet tekort.

Ook pogingen tot het opstellen van wettelijke regelingen voor actieve euthanasie stootten, tot heden, op grote moeilijkheden.

Nood voor actieve euthanasie.

Sommigen vinden het legaliseren van de actieve euthanasie een vals probleem gezien de vraag naar euthanasie praktisch niet bestaat. Dit is de overtuiging van geneesheren verbonden aan de inrichtingen voor ongeneeslijke zieken waarbij « het aanvoelen », ' l'affection, le colloque singulier ' zich in het laatste stadium bevindt.

Anderen dringen aan op een wettelijke regeling voor dit reëel probleem.

Heden ten dage is het niet mogelijk een gedacht te vormen hoe dikwijls een vrijwillige actieve euthanasie wordt toegepast.

Dit alles om meerdere redenen :

— geconfronteerd met zieken in hun laatste levensphase begrijpen velen dat de wens van de zieke om te sterven niet luidt als een vraag naar actieve euthanasie maar veeleer als een klacht aan geneesheren, verpleegsters, familie, waardoor de zieke een uitdrukking geeft van zijn pijn, zijn ongemak, zijn angst en zijn afzondering. Hetgeen neerkomt op een meer dringende hulp.

Deze klacht van de zieke, deze vraag naar « vrijwillige actieve euthanasie » kan evengoed betekenen een medelijden voor, en, een verontschuldiging aan de personen die om hem bekommerd zijn, en die hij rond zijn sterfbed weet

Een sociale enquête over de frequentie en de omvang naar actieve euthanasie ware ten andere moeilijk te realiseren. Voor een dergelijke enquête wordt ten andere verondersteld dat de zieke bewust is van zijn toestand, en dat de geneesheer, of de verpleegster — belast met de enquête — bereid zijn te aanvaarden ' samen met de stervende ' dat het hier werkelijk gaat om een laatste levensphase.

Wanneer de zieke niet is ingelicht, of wanneer de zieke zich nog niet heeft neergelegd bij de gedachte van zijn sterven, dan zal de ' enquête ' ongetwijfeld traumatiserend werken en zeer ongerust-stellend zijn. Wanneer de zieke op de hoogte is van zijn toestand

dan zal hij dikwijls voorzichtig zijn met zijn vraag naar actieve euthanasie uit vrees de geneesheer, of de verpleegster, te kwetsen, die alles doen om zijn leven te verlengen, of om zijn lijden te verzachten. Deze vraag naar actieve euthanasie kan zelfs vermeden worden omdat men uit dankbaarheid voor de inspanningen van de geneesheer en van de verpleegster dit vermijdt teneinde geen ondankbare indruk na te laten.

Wanneer een zieke toch « actieve euthanasie » wenst, staat men opnieuw voor de moeilijke vraag : gaat het hier om een reëele vraag naar euthanasie dan wel om een aanklacht tegen het ingebreke blijven van de geneesheer, van de verpleegster, van het verzorgend personeel, van naastbestaanden en van familie.

Praktische moeilijkheden bij het reglementeren van onvrijwillige actieve euthanasie.

De vrees voor onechte (valse) aanvragen tot « onvrijwillige actieve euthanasie » enerzijds, en anderzijds de moeilijkheid om de echte aanvragen tot « onvrijwillige actieve euthanasie » te formuleren — zonder dat misbruiken of vergissingen insluipen — was de reden waarom in Engeland, in 1969, het wetsontwerpen uitgaande van de « Voluntary Euthanasia Society » voor vrijwillige euthanasie werd verworpen. Deze verwerping van het wetsvoorstel geschiedde niet zozeer om principiële reden dan wel uit vrees voor de praktische gevolgen van een dergelijke wet.

De grote leemte : volwaardige hulp aan ongeneeslijken, speciaal in de eindphase van hun leven.

Als het waar is dat een zeker aantal stervenden een « **noodkreet** » slaken die tot uiting komt in een echte of on-echte vraag naar euthanasie dan is de beste prophylasie, het beste voorbehoedsmiddel, een volwaardige georganiseerde hulp aan de stervende.

De bestaande leemten bij de hulp aan stervenden zijn velerlei :

— tot voor kort kende men de psychologie van de ongeneeslijke zieke niet, evenmin de psychologie van de stervende,

— ongeneeslijke en stervende zieken verzorgen betekent :
 * staan voor meestal moeilijke en grillige patienten,
 * staan voor ellende en menselijk falen,
 * staan aan de grens van de geneeskundige behandeling,
 * staan voor de onafwendbaarheid van zijn eigen dood.

— De geneesheer gelooft, ten onrechte, dat zijn opdracht vervuld is wanneer de mogelijkheden om het leven te verlengen uitgeput

zijn. In feite moet de geneesheer dan nog een zeer belangrijke taak vervullen die veel tijd en toewijding eist.

— Een hospitalisatie met meerderen in een zaal (kamer) leent zich moeilijk tot de nodige verpersoonlijkte aandacht aan stervenden. Ook het bezoek met assistenten en stagairs heeft moeilijk een gunstige invloed.

— gezien zware zieken en stervenden gemakkelijker hun hart bloot leggen aan verpleegsters moet de geneesheer ze geregeld consulteren en met hen in groepsverband delibereren.

De emancipatie van de vrouw schijnt een verworven recht in principe; dit is echter niet het geval voor de verpleegster !...

Ziedaar meerdere voorafgaandelijke voorwaarden te vervullen vooraleer de werkelijke problemen aan te snijden die we slechts oppervlakkig zullen schetsen.

Een doeltreffende hulp aan zieken in de laatste levensphase veronderstelt :

— het vaststellen van de juiste diagnose van de ongeneeslijke ziekte, én dat het werkelijk gaat om de laatste phase. In geval van twijfel dringt zich een consult met andere geneesheren of specialisten-geneesheren op;

— de zieke werd op de hoogte gebracht van de ernst van zijn toestand zonder daarom de volle waarheid te zeggen of alle hoop te ontnemen;

— de zieke goed te kennen door hem regelmatig te zien, en door de familie, de verpleegsters evenals de aalmoezenier te raadplegen over wensen, waarderingen en reacties van de zieke. Samenvattend : het realiseren van een goed persoonlijk contact met de zieke is noodzakelijk;

— de zieke moet niet te veel alléén gelaten worden ten prooi aan zijn pijnen, zijn ongemakken en zijn beklemmend isolerend gevoel;

— de noodzakelijke schikkingen moeten genomen worden voor zijn welbehagen, voor het pijnstillen zonder zijnbewustzijn te benevelen opdat hij zijn « eigen-zich-zelf-zijn » kan behouden. Dit veronderstelt een geheel van technische en pharmacologische kennis waarvoor de universiteiten onvoldoende aandacht schonken in het verleden.

Ieder van de opgesomde voorzorgen omvat een probleem op zichzelf. Een probleem dat aan een gedetailleerde en genuanceerde ontwikkeling aan toe is.

Alleen het opsommen van deze voorzorgen toont reeds voldoende aan dat het voorkomen van actieve euthanasie een zeer grote inspanning vanwege de volledige equipe van zorgenverstrekkers veronderstelt.

* * *

Diepgaande wijzigingen in de structuur van de families, evenals van hun gezagspatroon, hebben in grote mate de weg naar de dood verlegd naar het hospitaal of naar speciale inrichtingen — hetgeen te betreuren valt. Deze nieuwe gang van zaken, heeft er anderzijds toe bijgedragen om een beter begrip (kennis) te verschaffen over de stervenden, evenals over meer aangepaste analgetica (pijnstillende middelen) alsook over aangepaster zorgen volgens de verschillende gebreken die men tegenkomt bij de patiënten in hun laatste levensphase.

Deze vooruitgang hebben we te danken aan de groepen geneesheren, verpleegsters, aalmoezeniers en sociale assistenten verbonden aan de inrichtingen voor therminale zieken en aan de geriatrische inrichtingen.

Daar de noodzakelijke kennis om deze zieken te verzorgen onvoldoende door de geneesheren en verpleegsters gekend zijn toont ons aan dat er bij hun respectievelijke vorming onvoldoende aandacht wordt geschonken aan de problemen die uiteindelijk verband houden met het grootste deel van de mensen tijdens het verloop van hun leven.

De dringende noodzaak om de vereiste kennissen te verspreiden ten spijt, evenals om deze kennissen in praktijk om te zetten zullen er nog altijd zieken zijn waarbij men er niet toekomt ze te helpen zoals het hoort. De vraag naar actieve onvrijwillige euthanasie blijft gesteld in bepaalde uiterste gevallen. Voor zover de verlenging van het leven ten allen prijze geen absolute eis is dan moeten we nog de waarden kennen die het tegengewicht vormen in de uitzonderlijke gevallen.

Over transplantatie en zelfmoord

Prof. Dr A. AUER
Universität Tübingen
Kathol. Theol. Seminar
Tübingen.

I. OVERPLANTEN VAN ORGANEN.

Het overplanten van organen is een van de meest opvallende aanwinsten van de moderne geneeskunde.

Het overplanten van longen en pankreas bevindt zich nog in het experimentele stadium. Bij de overplanting van hart en lever botst men nog op zware immunologische problemen. De overplanting van nieren plaatst men reeds bij de normale therapeutische, alhoewel nog palliatieve, behandelingsmethoden.

1. De wending van het moraal - theologisch denken.

De gebruikelijke moraaltheologie aanzag het wegnemen van organen als een verminking.

Elke aangebrachte storing van de physiologisch-biologische integriteit aanzag men als kwaad en absoluut verboden, omdat het een aantasting was van het heerschappij-recht van God. Een uitzondering werd maar toegestaan, en dit in het geval waar, voor het welzijn van het ganse organisme, een deel moest weggenomen worden.

De toepassing van het Totaliteitprincipe werd allereerst tot het « totum » van het eigen biologisch organisme beperkt. Geleidelijk aan werd het uitgebreid op het Totum van de persoon, door sommige theologen werd het zelfs uitgebreid tot het Totum van een echtpaar of de menselijke gemeenschap in haar geheel.

Waarom ook het Totaliteitsprincipe alleen maar biologisch interpreteren ?

Waarom mag men het niet anthropologisch, t.t.z. persoonlijk en sociaal interpreteren ? Men heeft hiertegen ingebracht dat er tussen een biologisch en een antropologisch organisme een diepliggend onderscheid was.

Men moet hier opmerken dat een ongedifferentieerd spreken van

een « biologisch organisme » onder het oogpunt van de huidige antropologie eigenlijk helemaal ongepast of ondoelatig is.

Tenandere met het maken van een onderscheid tussen een biologisch en een antropologisch organisme heeft men nog niet het bewijs geleverd dat het Totaliteitsprincipe alleen op een biologisch organisme mag worden toegepast. Alleszins is het betrokken zijn op de medemens en de gemeenschap, een eigenschap die men niet van de persoon mag loshaken.

Het is wel degelijk een konstruktief element van de menselijke personaliteit. Als echter de medemens als een « alter ego » wordt aangezien, dan blijkt het, dat het geven van een orgaan ten gunste van een medemens een zedelijk verantwoorde daad is.

De theologen hebben de uit de natuur voortspruitende solidariteit tussen de mensen vanuit het kristelijk geloof geïnterpreteerd. In Kristus is de mens met zijn medemens zo eng onderling verbonden, waardoor, in een veel diepere zin, iedereen de « alter ego » is van de andere. Het gebod van de naastenliefde verlangt, dat ik de andere zoals mijn eigen ik moet behandelen, dus ook een orgaan van het eigen lichaam opofferen, als het voor het leven van de andere, vereist is. In kristelijke zin is het lichaam niet doel op zichzelf, maar wel een middel van kommunicatie en dienstbetoon. Paulus maant de kristenen aan hun lichaam, als « levend, heilig, aan God welgevallen offer weg te schenken » en hij ziet daarin een « redelijke, logische Godsdienst » (Rom. 12,1).

En in de brief aan de Galaten, ter gelegenheid van hun missionering, heeft Paulus klaarblijkelijk een oogziekte gehad, schrijft de apostel : « Ik verzeker U, ge zoudt zo mogelijk uw ogen hebben uitgerukt om ze mij te geven ». Immers meer en meer theologen zijn de mening toegedaan en ze vatten het niet op als een raad, maar als een vanzelfsprekende kristelijke plicht, dat men na zijn dood zijn organen zou ter beschikking stellen om een zieke medemens, die op een andere manier niet te helpen is, te behandelen.

Men kan dus wel spreken van een keerpunt in het moraal-theologisch denken met betrekking tot de orgaanoverplanting. De veelzijdige beschouwing van het handelen en het stimulerend effect van de kristelijke boodschap hebben vruchten afgeworpen. Transplantatie, zoals sterilisatie en antikonceptie geldt niet meer als een waardeloos begrip, maar als een feiten-begrip.

Het omschrijft een physisch euvel dat men op de koop moet bijnemen om een hoger goed te bereiken. Deze argumentatie is methodisch juister en zakelijk gepaster dan de argumentatie der vroegere moraaltheologie.

2. **Konkrete problemen.**

Om de konkrete problemen op te lossen, heeft men een zorgvuldige waardenschaalbepaling in de geest van een verantwoorde liefde nodig.

Als men een onpaar, voor het leven zeer belangrijk orgaan wegneemt, dan moet de gever werkelijk dood zijn maar het weggenomen orgaan moet echter ook levend vers zijn en nog goed funktioneren. Van het standpunt van de ethiek kan men als tijdstip van het dood zijn, de dood van de hersencortex nemen, omdat bij een definitieve en volledige beschadiging van de cortex van de hersenen, het desintegratie en de vitaliseringsproces irreversiebel is en derhalve ook het uiteenvallen van de totaliteit mens onafwendbaar is. (A. Elsaesser).

Bij het wegnemen van een orgaan moeten zuivere motieven - vrijwilligheid en anonimiteit, met het oog op eventuele emotionele verwikkelingen, beveiligd zijn.

De gever moet zijn offer zorvuldig afwegen, met mogelijke uitwerkingen op zijn persoonlijke gezondheid en mogelijke sociale verplichtingen. De ontvanger moet ingelicht worden over de zekere en mogelijke gevolgen van de ingreep, hij moet deze mogelijke konsekwenties aannemen.

Bovendien moeten de integriteit en identiteit van zijn persoonlijk leven beveiligd zijn; problematisch ware alzo een transplantatie van hersenen, omdat de identiteit aan de hersenen gebonden is; of een overplanten van kiemklieren, omdat hier een vreemde identiteit kan worden verder gegeven; of ook het overplanten van genitale organen en dierlijke geslachtsklieren, omdat hier merkbare storingen in de ontwikkeling van het persoonlijke bestaan niet uit te sluiten zijn.

De geneesheer heeft de strenge plicht van een aangepaste informatie aan de gever en de ontvanger te geven, met inachtneming van de vrijwilligheid. Als het leven van een medemens alleen maar door een orgaantransplantatie kan gered worden, dan zou de geneesheer, ook tegen de wil in van de overledene, de mogelijkheid moeten hebben een orgaan weg te nemen.

De wetgever zou hem hier volledige vrijheid moeten geven bij deze beslissing. Daar de mens zich altijd in de richting van de medemens realiseert, is er ook tegen het levend houden en konserveren van enkele organen na het intreden van de dood van de hersencortex, geen overwegingen in te brengen over de menselijke waarde en plicht tot piëteit.

Betreffende de vrijwilligheid van het afstaan van organen moet men, om reden van de belangrijkheid van de zaak, de voorkeur geven

aan een regeling op basis van vrijwilligheid, toch kan een « tegenspraak-regeling » moeilijk bestreden worden, zolang men, alleen daardoor aan een massief tekort aan transplantaten kan verhelpen.

Zeker is het dat hiertegen gewichtige bedenkingen blijven bestaan.

Daarom zal men alles doen opdat ten minste de kristenen, zich bewust worden van hun plichten tegenover hun medemensen en vrijwillig een certificaat voor afstaan van organen ondertekenen en altijd bij zich meedragen.

II. ZELFMOORD.

1. Verandering in de benadering van het probleem.

Ons tweede probleem, het zelfmoordprobleem, wordt scherper, door het feit dat het « benaderingsklimaat » (P. Haeslin) de laatste tientallen jaren, duidelijk veranderd is. De schroom om aan voorafgaande en vastgelegde opvattingen te roeren, is ver weg opgelost. Er bestaat bovendien een toenemende tegenspraak tussen de wetenschappelijke vooruitgang, die aanleiding gaf tot een vergroten van de levensverwachting en de gelatene of zelfs de depressieve sociaal-psychologische situatie, waarin velen de goede zin van deze vooruitgang betwijfelden.

En tenslotte heeft het kristelijke geloof, dat vroegere een groot deel van het lijden draaglijk maakte door een religieuze zingeving, aan bepalende kracht verloren. Dit is des te meer beklagenswaardig omdat de huidige mens tegenover individuele frustraties, een verhoogde sensibiliteit ontwikkeld heeft.

2. Zelfmoord als menselijk probleem.

De menselijke problematiek van de zelfmoord is door de moderne wetenschap wezenlijk duidelijker geworden. De psycho-analytische zelfmoordtheorie van Freud, de theorie van het presuicidale syndroom van E. Ringels en de theorie van het narcisme van H. Henselers, om maar enkele uit de kring van de psychopathologische en psychodynamische interpretaties van het zelfmoordplegen te noemen, brengen de uiteenzetting van desbetreffende vragen, op een meer zakelijke grondslag terug. Ze hebben weliswaar een status van interpretamenten (interpretatief moment), ze kunnen nu wel enigszins verklaren hoe de wil tot zelfvernietiging de wil tot zelfbehoud overmeesteren kan.

Op basis van dit, hebben zich dan ook de mogelijkheden om zelfmoord te verhinderen sterk uitgebreid.

3. Zelfmoord als ethisch probleem.

In de filosofische ethiek worden nog altijd de oude argumenten pro en contra bediskuteerd. De voorstanders van een ethisch toegelaten zijn verantwoorden - de zelfmoord als een protest tegen sociale toestanden, resp. tegen de morele korruptie van de samenleving, als een mogelijkheid van een vrijwillig gepleegde boetedoening voor een mislukt leven of als de toegelaten uiting van menselijke vrijheid, die een plicht worden kan, als de mens zijn identiteit zou verliezen als hij een zinloos en onaanneembaar bestaan nog langer zou verder slepen. De tegenstanders wijzen erop, dat de overname van de verantwoording van de eigen dood, de menselijke mogelijkheden tot het nemen van een beslissing ronduit te boven gaat, en dat in het menselijk leven, niettegenstaande alle absurditeiten, er nog altijd zingeving mogelijk is en de zelfmoord de mens berooft van die vrijheid, die hij moet blijven bezitten om zichzelf te verwezenlijken.

4. Zelfmoord als theologisch probleem.

In de theologie heeft zich, vooral op grond van de onderzoeken van de jonge, Zwitserse ethieker A. Holderegger, ook in deze vraagstelling, een meer overtuigende argumentatie kunnen doorzetten. Men heeft vroeger gezegd dat zelfmoord een ingreep is op het goddelijk heerschappijrecht.

Maar het menselijke geschapen zijn impliceert maar de verplichting tot een verantwoorde zelfverwezenlijking ; over de ethische beoordeling van zelfmoord is daarmede nog niets uitgemaakt.

Hetzelfde geldt voor het argument, de mens bestaat niet op zichzelf, maar uit zijn constructieve verhouding tot God, en daarom is het niet aan de mens gegeven om zich uit de rationaliteit van zijn bestaan los te maken. Ook hier kan men zeggen dat God de mens juist in zijn eigen verantwoordelijkheid heeft vrijgesteld en dat de mens over het gebruik ervan moet rekenschap geven.

Theologisch kan vrijheid maar verstaan worden als mogelijkheid om te beschikken over de totaliteit van zijn wezen en zijn bestaan.

Zelfmoord wordt alzo schuldig niet door een definitieve en irreversiebele, maar juist door een willekeurige en niet verantwoorde, opheffing van het aardse bestaan.

De ethische overweging moet voor de drie mogelijke gevallen van een beslissing, kriteria opstellen.

(1) Het zelfoffer kan verrechtvaardigd worden, als de daadwerkelijke inzet van het leven gerechtvaardigd is, misschien met het oog op een

afpersing van een getuigenis, om zijn familie te redden of om zwaar nadeel van zijn volk te vermijden. (onlangs werd door enige theologen ook de harttransplantatie van een ongeneesbare moeder voor haar zoon als gerechtvaardigd beoordeeld, als deze zoon vader is van meerdere onmondige kinderen en als er geen ander middel is om zijn leven, dat bedreigd is, door een akute hartinsufficiëntie, te redden).

(2) Bij een demonstratieve zelfmoord moet er tussen de duidende kwaliteit van de handeling, de ethische overtuiging van handelende persoon en de gevolgen ervan, een evenredige verhouding bestaan.

(3) Tenslotte wat betreft een zelfmoord, gepleegd in zware (nood) situaties, zoals bv. een langdurende ziekte, psychisch lijden, een verlies van belangrijke bindingen, ook hier komt de nieuwe argumentatie tot geen andere besluiten dan de vroegere argumentatie : zelfmoord doet zich voor als uiting van ongeloof, in zover dat aan het menselijk bestaan van God toch een blijvende zin gegeven wordt, ook als de mens vanuit zijn situatie geen zingeving meer kan onderscheiden.

De evangelische ethieker, Bonhoeffer formuleert het nauwkeurig : « God, de Schepper en Heer van het leven behoudt het recht op het leven. De mens hoeft niet zich het leven te benemen om zijn leven te rechtvaardigen. Als hij dit niet hoeft te doen, mag hij het niet ».

Dat klinkt zeer eenvoudig : Maar laat ons niets vereenvoudigen, waar alles in werkelijkheid zeer moeilijk is. Als lichamelijk of psychisch lijden vormen aanneemt, die het de mens, naar onze inzichten niet meer mogelijk maken, zich in vrijheid te verwezenlijken, dan bevinden we ons in een « grijze zone », waarin onze ethische categorieën niet meer passen. Daarom is het ons niet toegelaten over de zelfmoord van iemand een onoverwogen verdikt uit te spreken.

Het is toch bij een ethische reflexie niet toegestaan, persoonlijke ethische beslissingen op hun waarde te schatten. De ethische reflexie heeft de opgave in de verschillende gebieden van het menselijk leven verplichtingen duidelijk te maken en tot mededeelbare formulen te brengen.

Hiertoe zou onze uiteenzetting een kleine bijdrage kunnen leveren.

Ongewenste zwangerschap en adoptie

Zr. Geert HELEVEN

Inleiding.

Diegenen die geconfronteerd worden met ongehuwde ouders en onverwachte zwangerschap en de vaak daaruit voortvloeiende beslissing tot afstand van het kind, moeten zich regelmatig bezinnen op de inhoud van hun werk. Diegenen die zich uitsluitend bezighouden met hulp aan deze groep mensen zullen zich, als gevolg van een bezinning op de inhoud, moeten inzetten om te zoeken naar een zo goed mogelijke struktuur voor die hulp, rekening houdende met de behoeften van de hulpvragenden.

Tegenover het probleem van ongehuwde ouders en ongewenste zwangerschap staan veel hulpverleners machteloos. Enerzijds omdat de dieperliggende, zo menselijke problematiek door de betrokkenen verborgen wordt gehouden. Anderzijds omdat er tot op heden in ons land nog weinig onderzoekingswerk werd verricht op dit terrein. Hulpverleners moeten daarom inspanningen doen om zowel de hulp als de uitbouw van een struktuur die deze hulp mogelijk maakt te bevorderen.

Het komt mij voor dat artsen vaak de eersten zijn aan wie vrouwen de zware en ingewikkelde problematiek van ongeplande en ongewenste zwangerschap blootleggen. Tevens stel ik vast dat zij onvoldoende of onjuiste informatie bezitten en dat zij slechts in een beperkte mate kunnen beschikken over adekwate samenwerkingsmogelijkheden.

Niemand twijfelt aan de plicht tot hulp, doch indien deze niet specifiek is voor de gegeven situatie, dreigt alles te blijven hangen bij oppervlakkigheid en amateurswerk. Intense, veelzijdige begeleiding is daarom een noodzaak. Dit kan maar na een diepgaander inzicht in de complexiteit van het probleem.

Omdat ik over onvoldoende tijd beschik om op alle aspecten van die hulp in te gaan, beperk ik mij tot de belangrijkste. Ook beperk ik mij tot de Belgische situatie. Hoewel de toestand in de ons omringende landen niet altijd gelijklopend is met de onze, kunnen wij toch niet spreken van grote verschillen. In zekere zin is wat hierna gezegd wordt dan ook toepasselijk op de situatie in andere Europese landen.

Na een poging om vanuit de praktijk nader kennis te maken met de problematiek van ongehuwde ouders en hun beslissing over het kind, zal ik kort ingaan op de hulpverlening daarbij. Nadien wil ik dieper ingaan op één van de mogelijke keuzen die ongehuwde ouders

kunnen doen nl. adoptie. In een laatste stuk zullen enkele conclusies getrokken worden die nuttig kunnen zijn in de praktijk, zowel in België als in andere landen van Europa.

1. Omvang.

Het is in ons land moeilijk om een beeld te geven van de problematiek van ongehuwde ouders en de hulpverlening hierbij. Statistisch gezien telt ons land elk jaar een behoorlijk aantal ongehuwde moeders. Daarvan staat een minderheid haar kind ter adoptie af en de meerderheid voedt het kind zelf op of zoekt een oplossing in eigen familie of kindertehuis. Statistieken geven uiteraard een verkeerd beeld. Daarin valt niet te onderscheiden hoevelen van de ongehuwde ouders er problemen hebben, ze zeggen niets over de inhoud van de eventuele problemen en de hulp die wordt ingeroepen. Tellingen daaromtrent zijn zelfs onmogelijk omdat de hulpvragen verspreidt liggen over een netwerk van dienstverlenende instanties. Ook het tijdstip waarop de hulpvraag gesteld wordt verschilt naargelang de intensiteit van de crisis. Sommigen komen in de beginperiode van de zwangerschap met een vraag naar abortus. Voor anderen is het daarvoor te laat of zij zijn er principieel tegen en denken dat afstand een alternatief zou kunnen zijn. Een groot deel vraagt nooit hulp tijdens de zwangerschap omdat zij het niet nodig achten of omdat zij de problemen niet onder ogen wensen te zien en ze zo, meestal onbewust negeren. Voor nog anderen is de bereikbaarheid van de hulp zover weg dat zij de inspanning niet kunnen opbrengen en voor een aantal zijn de mogelijkheden onbekend.

Voor een vrij groot aantal wordt de situatie kort na de geboorte van het kind geregulariseerd door huwelijk of adoptie.

2. Ongehuwde ouders : een complex probleem.

Wanneer wij spreken over ongewenste en ongeplande zwangerschap dan wordt niet alleen gedacht aan ongehuwde ouders (de term : ongehuwde moeder is geen uitdrukking voor hetgeen meestal bedoeld wordt). Een niet onbelangrijk deel is gehuwd of leeft in concubinaat. De zwangerschap komt meestal onverwacht en onvoorbereid en kan eindigen door spontane of opgewekte abortus. Ofwel wordt de zwangerschap gewenst, gewenst-geworden of ongewenst uitgedragen. Ik beperk mij verder tot ervaringen opgedaan bij hulpverlening aan ongehuwde ouders, resp. ongehuwde moeders, voor wie de crisissituatie een hulpvraag tot gevolg had die zich uitdrukte in een vraag naar afstand van het kind dat zij verwachten. De directe aanleiding voor de crisis was steeds de vaststelling van de zwangerschap. Van de diepere oorzaken was men zich aanvankelijk niet of

nauwelijks bewust met het gevolg dat zij slechts in die mate gezien werden door de betrokkenen. Dit kan in belangrijke mate de hulpverlening bemoeilijken maar houdt naar de toekomst toe een opdracht in.

Een onderzoek, gedaan in de USA kan wellicht iets verduidelijken over de sexualiteitsbeleving van jonge mensen en geeft tegelijk een beeld van wat hulpverleners hier ook meemaken. Een onderzoeker, (C. Morrison Friedman M.D. - Clinical Instructor in psychiatry) interviewde tweehonderd ongehuwde moeders van diverse achtergrond en met een leeftijd van 12 tot 42 jaar. Ze werden ondervraagd voor of tijdens de opname in de materniteit. Niettegenstaande hun verschillende achtergrond kwa opvoeding, levensconflicten of persoonlijke levensstijl, vertoonden deze vrouwen gelijklopende attitudes. Alle vrouwen hadden gemeenschappelijk :

— een gebrek aan bewustzijn en zorg voor de realiteit in hun sexueel leven

— ze vermeden sexuele kennis

— ze hadden een deficiënte ego-funktionering
  ego : dat deel van de persoonlijkheid dat medieert tussen instinkten en realiteit. Het is bewust, vermijdt, plant, herinnert . . .

  a) de ongehuwde moeder begint een sexuele relatie zonder na te denken over wat haar kan gebeuren, ze is zich bijna niet bewust dat ze in een sexuele relatie gewikkeld zit

  b) haar kennis over de persoonlijkheidsstruktuur van haar minnaar is arm

  c) het ontbreekt haar aan bewustzijn van de gevolgen : geen geboortecontrole. Eens zwanger schuiven ze het probleem aan de kant en komen slechts laattijdig of niet om hulp.

Dit onderzoek hield enkele implicaties in voor de praktijk : een vrouw kan verstandig reageren op verschillende gebieden, behalve op haar sexueel leven.

De hulpverlener heeft dan als taak :

— een gebrek aan belangrijke kennis op te sporen

— het opsporen van het falen in het zien van de realiteit in verband met de zwangerschap

— het ego van de vrouw in de realiteit te brengen door te praten over sexuele relaties, anticonceptie, adoptie . . .

De hulpverlener moet de vrouw helpen zelfstandig om te gaan met de realiteit. Wanneer hij daarin slaagt kan er een lichte depressie

optreden omdat de vrouw kennis maakt met de onvermijdelijke frustratie in het leven dat zij moet afscheid nemen van haar naieve kijk op de volwassenheid.

Uit dit Amerikaans onderzoek kunnen conclusies getrokken worden die wel eens nuttig zouden kunnen zijn voor de situatie in ons eigen land.

Niet zelden stellen wij vast dat ongewenste zwangerschap een uiting is van slordig omgaan met de eigen sexualiteit. Een gestoorde ontwikkeling in het familiaal milieu, voortspruitend uit een gebrekkige relatie met de ouderfiguren, kan hieraan ten grondslag liggen. Ongehuwd ouderschap is dan een symptoom van andere, vaak onbewuste moeilijkheden, meestal relatie- en kontaktmoeilijkheden.

De situatie van ongehuwde ouders wordt nog complexer wanneer wij naar de meest vookomende gevolgen kijken. Deze kunnen zijn :

— een breuk met de partner
— het alleen komen te staan als onghuwde ouder
— het financieel probleem als gevolg hiervan
— de moeilijke beslissing van behoud of afstand van het kind
— het verwerken van vooroordelen van omgeving en maatschappij
— het verwerken van conflicten in de eigen persoonlijkheid : o.a. schuldgevoelen, agressie . . .
— de ervaring van verwerping door de natuurlijke vader van het kind
— kortsluiting met ouders, broers en zusters.

Dit alles betekent een kluwen van problemen waarmee ongehuwde ouders te maken hebben en waarvoor zij moeten kunnen rekenen op adekwate hulp.

3. **Natuurlijke vaders.**

Hulpverleners zijn er nog niet van doordrongen dat bij het hulpverleningsproces aan ongehuwde moeders de natuurlijke vader een belangrijke rol speelt, en in de begeleiding moet worden betrokken. Dat dit lang niet altijd lukt ofwel onmogelijk is ligt aan een aantal uiteenlopende faktoren zoals bvb. het niet wettelijk stellen van een vaderschapsonderzoek met de bedoeling verantwoordelijkheid te nemen t.a.v. het kind. Vaderschapsonderzoek wordt al te vaak gedaan om de verwekker een straf op te leggen waardoor hem meestal de verantwoordelijkheid ontnomen wordt of beperkt blijft tot een financiële bijdrage.

Het niet betrekken van de natuurlijke vader bij het begeleidingsproces is een belangrijke schakel verwaarlozen en verhoogt de kans

op een herhaling van een zwangerschap bij dezelfde of bij een andere vrouw.

4. **Beslissing over het kind.**

Eén van de zwaarst wegende verantwoordelijkheden in de hulp aan ongehuwde ouders is hen bij te staan bij het nemen van een beslissing over de toekomst van het kind. Moeten zij het behouden ? Afstaan ? Of een tussenweg kiezen ?

In de praktijk zien wij dat mensen vaak tegenstrijdige gevoelens uiten, dat zij zelfs na een voor hen goede beslissing toch nog gaan twijfelen.

Het confronteert ons met het feit dat zij zich soms gedwongen voelen hun kind af te staan omdat zij over onvoldoende steun beschikken van ouders en omgeving en omdat de maatschappij nog altijd discriminerend is voor een vrouw die een buitenechtelijk of onwettig kind heeft.

In de praktijk komen wij tot de volgende vaststellingen :

— Ongehuwde moeders hebben vaak schuldgevoelens over de situatie die zij hebben tweeg gebracht. Dit wordt hen door hun direkte omgeving opgedrongen vb. wat heeft zij ons aangedaan, het is een schande voor de familie . . .

— De beslissing tot afstand van de baby doet hen ook nog twijfelen, vooral de eerste periode nadien is er toch iets dat zegt dat ze hun kind hadden moeten houden.

— Het scheiden van de baby kan grote emotionele moeilijkheden geven. Juist dan hebben zij meest hulp nodig om over het verlies heen te komen.

— Heel wat vrouwen doen afstand en zien dit als de juiste beslissing. Er zijn er echter ook die de juiste beslissing nemen om verkeerde redenen. Hulpverleners moeten dit onderkennen.

Een droeve vaststelling die zich soms voordoet in ziekenhuizen is dat na de geboorte van het kind er alleen maar interesse is voor de baby. Wanneer ongehuwde moeders mij dit vertelden, dan kan het niet anders dan dat zij het gevoel hadden niet echt geholpen te worden. Ik hoorde iemand het zo uitdrukken : « Ze moeten alleen maar mijn kind hebben, dat ik hier alleen lig en alles moet opkroppen, daar heeft niemand oog voor ».

Omdat de medische sektor de direkte en soms eerst betrokkene is, is het des te belangrijker oog te hebben voor de individuele be-

hoeften van de moeder en niet uitsluitend voor de baby. Niet alleen omwille van haarzelf en omwille van het kind, maar ook voor haar eventuele latere kinderen.

Bovendien worden veel hulpverleners enkel geïnspireerd door de gedachte aan de vele echtparen die op zoek zijn naar een adoptiekind.

Omdat het aanbod van te adopteren kinderen nu veel lager ligt dan de vraag kan dit aanleiding geven tot ongezonde situaties. Bij afstand van een kind moeten de ouders kunnen rekenen op goede informatie zodat zij hun kind niet onwetend afstaan en achteraf tot de vaststelling komen dat hen de noodzakelijke waarheid onthouden werd of dat zij in hun beslissing onbewust beïnvloed werden.

Duidelijkheid op alle gebied, zowel wettelijk als sociaalpsychologisch is een vereiste. Hiermee worden adoptieouders beschermd tegen latere akties van natuurlijke ouders tot teruggave van het kind.

5. **Hulpverlening.**

Hulpverlening moet beginnen bij de hulpvrager. En die staat in crisissituatie over het algemeen erg open om zich te laten helpen. Ons land beschikt over een complex netwerk van dienstverlenende instanties waar zich jaarlijks talrijke ongehuwde vrouwen met problemen rond hun zwangerschap aanmelden. Toch wordt de hulp vaak gereduceerd tot vage, soms onjuiste informatie en tot het regelen van een aantal noodzakelijke formaliteiten.

Dit kan regelmatig vastgesteld worden bij bemiddelaars die de bedoeling hebben een schakel te zijn tussen natuurlijke ouders en adoptanten, enkel en alleen om een adoptie tot stand te brengen. Van specifieke hulp is dan weinig sprake.

Vanuit mijn ervaring blijf ik de stelling verdedigen dat zij die hulp vragen, ook recht hebben op die specifieke hulp. Deze reikt verder dan bemiddeling terwijl andere en dieperliggende problemen bedekt of onaangeroerd blijven. Het vraagt een grote voorzichtigheid bij de begeleiding opdat ongehuwde ouders kunnen groeien naar een keuze, vrij van druk in één of andere richting. Zij moeten de kans krijgen om hun eigen mogelijkheden te ontdekken om van daaruit, rekening houdend met de toekomst en de kansen voor het kind, zelf te kiezen welke oplossing zij wensen.

Hulpverlening aan ongehuwde ouders vraagt een ruime kijk op de problematiek. Behalve de inhoud horen ook nog andere aspekten aan bod te komen o.a. het financiële, de sociale vergoedingen, het

verblijf voor en na de bevalling, het eventueel tijdelijk verblijf voor het kind.

Wanneer voor een ongehuwde zwangere de vraag rijst waar zij de laatste weken vóór de bevalling zal doorbrengen, dan zijn er twee mogelijkheden : thuis of elders. Bij elders kan dat in een tehuis zijn of in een gastgezin.

Het gastgezin biedt tijdelijk onderdak aan een gast, eventueel een zwangere. Van hen wordt verwacht dat zij positief meeleven met de gast en diens milieu en dat de gezinsleden de persoonlijke vrijheid van het meisje, ook in de keuze voor haar kind, respekteren.

Ook een tehuis kan een oplossing bieden als voorlopig verblijf. De laatste jaren zien we een geleidelijk toenemende verschuiving binnen de tehuizen. Waar zij aanvankelijk meer fungeerden als toevluchtsoorden evolueerden zij met de moderne eisen meer naar voorzieningen voor alleenstaande moeders met een kind. Ik denk hierbij aan tehuizen waar het cliënteel grotendeels bestaat uit werkende moeders terwijl het kinderdagverblijf binnen het tehuis een oplossing biedt voor het kind, een oplossing die financieel gezien voor de alleenstaande moeder voordelig is.

Hoe dan ook, begeleiding van ongehuwde ouders moet veelzijdig zijn en wanneer aan afstand van het kind gedacht wordt is intense begeleiding noodzakelijk.

6. **Adoptie.**

Voor kinderen die ter adoptie worden afgestaan, staan vele adoptiegezinnen klaar om ze te nemen. Het is al jaren zo dat geen enkel kind dat ter adoptie wordt afgestaan behoeft te wachten op ouders (ik heb het enkel over heterofamiliale adopties : kinderen van andere natuurlijke ouders dan de adoptanten).

Ons land heeft een wetgeving die tot de meest vooruitstrevende in Europa kan genoemd worden, althans op juridisch vlak. De wetgever ging echter niet verder. Er is niets uitgedrukt over de sociaalpsychologische aspecten van een adoptie alhoewel deze wellicht onrechtstreeks meegespeeld hebben in het samenstellen van de wet.

Dit kan voor gevolg hebben dat een adoptie die enkel gebaseerd is op het juridische achteraf wel eens een drama kan inhouden. Ik denk hier aan scheve motivaties die kunnen meespelen wanneer kandidaat-adoptieouders zich aanmelden. Onzuivere motieven kunnen zijn :

— de gedachte dat een huwelijk zonder kinderen niet volledig is

— de vervanging van een gestorven of te vroeg geboren kind
— een verzekering voor de eenzaamheid van de levensavond
— de gedachte dat een leven zonder kinderen doelloos is
— een middel om een wankel huwelijk te redden
— een echtscheiding verhinderen.

Het oorspronkelijke probleem zal door een adoptie niet opgelost worden. Afwezigheid van een degelijke evaluatie van kandidaatadoptieouders houdt dan ook risico's in. Bij deze evaluatie moet het gaan om een open gedachtenwisseling waarin motieven voor adoptie, wensen en mogelijkheden t.a.v. het kind, gegevens over gezinsleden, oorspronkelijke kinderwens, opvattingen over opvoeding, verwerking van eigen onvruchtbaarheid, andere mogelijkheden dan adoptie, informatie over de huidige adoptiesituatie enz. aan bod komen.

Dit alles moet tot doel hebben de kwaliteit van de adoptie te verbeteren, veeleer dan om een selektie door te voeren waarbij dan een bepaalde klasse van kandidaten voorrang zou krijgen.

Jammer genoeg kan dit niet altijd gezegd worden. Nog al te vaak komt het voor dat personen die door hun beroep in aanraking komen met zwangere vrouwen die hun kind wensen af te staan, zelf als bemiddelaar gaan optreden liever dan het geval te melden aan een gespecialiseerde dienst. Dit hoeft niet noodzakelijk te leiden tot een slechtere kwaliteit van adoptie doch wij mogen de misbruiken niet terzijde schuiven o.a. betaling van te hoge geldsommen, druk van politieke of andere aard, voorrang aan kennissen en vrienden, beïnvloeding van de moeder om het kind toch maar af te staan . . .

In die omstandigheden lijkt adoptie een handel en dit kan ernstige gevolgen hebben.

Artsen en andere personen betrokken bij een adoptie worden bij hun werk in drie richtingen uiteen gerukt. Zij moeten zich tegelijkertijd identificeren met de biologische moeder, de kandidaat-adoptieouders en met het kind. Het gevaar dat zij zich over-identificeren met de ene partij ten koste van de andere is niet denkbeeldig. Toch moeten zij blijven beseffen waar hun voornaamste taak ligt. Het is een grote verantwoordelijkheid die ernstige gevolgen kan hebben en het leven en de toekomst van alle betrokken partijen aangaat.

Bedenkingen vanuit de hulpverlening.

De moeilijkheid een juist beeld te geven van de omvang van de geschetste problematiek doet zich, behalve in ons land, ook in andere Europese landen voor. Het mankeert aan een degelijke gecoördi-

neerde aanpak waarin verscheidene disciplines die raakvlakken hebben aan bod moeten komen.

Op basis van een betrouwbaar onderzoek kan een visie groeien waarin zowel natuurlijke ouders als adoptanten en zeker het kind, de garantie krijgen dat de geboden hulp degelijk is. Het bewerkstelligen van die hulp vraagt deskundigheid en ervaring. Daarom moet de basisverantwoordelijkheid berusten bij daartoe geschoolde mensen.

Voor ongehuwde ouders (moeders) die weinig ontplooiingskansen kregen in de soms labiele familiale situatie dient gezocht te worden naar oplossingen waar zowel ouders als kinderen kansen krijgen. In dit verband stelt zich de vraag naar uitbouw van diensten voor onthaal- en gastgezinnen en een vlotte samenwerking hiermee.

Hulp bij het realiseren van goede gezinsrelaties, gezonde sexuele opvoeding en verantwoordelijkheidszin is een belangrijke opdracht voor hulpverleners, ook voor artsen, vooral voor hen die in de eerstelijnszorg werken. Deze moeilijk te verwezenlijken opdracht kan maar gerealiseerd worden in een ernstige teamwerking.

Dat artsen vaak de eersten zijn die de problemen te horen krijgen draagt in zich de bijzondere plicht die verder reikt dan louter medische benadering. Adekwate hulp betekent dan niet een louter luisteren naar wat iemand zegt maar horen wat de onderliggende vragen zijn en dan mogelijkheden voor samenwerking of verwijzing zoeken.

Ten behoeve van ouders die hun kind wensen af te staan moeten artsen en andere hulpverleners de grootste voorzichtigheid aan de dag leggen en pogen hen zo menselijk en objectief mogelijk te benaderen. Zij moeten zich vooral laten leiden door de behoeften van de patiënt, ook de onuitgedrukte, en samen met hen en indien nodig anderen, zoeken naar de beste oplossing in de gegeven omstandigheden.

In verband met kinderloze echtparen die de vraag naar adoptie stellen is het belangrijk een onderscheid te maken tussen beide aspecten van het probleem : de onvruchtbaarheid en de keuze voor adoptie. Onvruchtbaarheid hoeft niet noodzakelijk te resulteren in een vraag naar adoptie. Echtparen met onvruchtbaarheidsproblemen hebben er alle belang bij een zo duidelijke en zo vlug mogelijke diagnose te krijgen. Het evalueren van de vraag naar adoptie is een aspect dat moet toevertrouwd worden aan daartoe opgeleide en bekwame specialisten. Er moet een structuur gecreëerd worden waarin mensen kunnen rekenen op duidelijkheid, zowel voor het ene als voor het andere. Gezien de nauwe band mag ook hier de noodzaak aan samenwerking niet over het hoofd gezien worden.

In dit verband zou het samenstellen van een centraal kandidatenbestand in ons land, de vele dubbele vragen naar adoptie kunnen uitschakelen om zodoende het onnodig lange wachten op een adoptiekind te vermijden.

Elk kind heeft zijn ouders nodig en heeft een natuurlijk recht op die ouders. Geen enkel kind hoeft onnodig gescheiden te worden van zijn ouders. De maatschappij heeft tot taak een mentaliteit en mogelijkheden te scheppen om dit te realiseren. De behoefte van een kind aan voortdurende liefdevolle zorg is van levensbelang voor zijn ontwikkeling en zijn toekomst. Als de eigen ouders daartoe niet in staat zijn — of die verantwoordelijkheid niet wensen te nemen — om welke redenen dan ook — moet daarin door anderen worden voorzien. Een belangrijk principe dat hierbij in acht dient genomen te worden is : een gezin zoeken voor een kind en niet een kind zoeken voor een gezin.

Adoptie is geen privézaak en behoort dat ook niet te zijn. De maatschappij is bij elke adoptie betrokken omdat zij de verplichting heeft alle betrokkenen te beschermen. De overheid heeft de plicht toe te zien dat de rechten van de drie betrokken partijen geëerbiedigd worden en dat deze ook door wettelijke maatregelen beschermd zijn.

Artsen, maatschappelijk werkers, psychologen, juristen e.a. dienen in de toekomst hun aandacht te richten op een gezonde adekwate hulpverlening. Zij moeten, vanuit de praktijk, de overheid adviseren wanneer wetten worden gemaakt of veranderd.

SLOT.

Ik mag hopen dat deze beperkte visie een stimulans mag betekenen tot dieper bezinnen op de zorg voor ongehuwde ouders, hun kinderen en adoptief-ouders.

Hiermee werd gepoogd aan te tonen dat hulpverlening een geschoolde en persoonlijke inzet vraagt, dat een degelijke samenwerking vereist is en dat een strukturele aanpak meer dan noodzakelijk is.

Hieruit moge ook blijken dat artsen niet alleen een plicht hebben tot hulp, daaraan zal niemand twijfelen, doch dat adekwate hulp grotere eisen stelt en dat deze niet kan gerealiseerd worden zonder samenwerking met artsen.

JAARVERGADERING SINT-LUCAS-GENEESHERENVERENIGING

18 OKTOBER 1980

De Sint-Lucas-geneesherenvereniging bestaat 45 Jaar.

Plaats : De BIJLOKE te Gent, toegang : Bijlokekaai nr. 1, zgn. « Koepoort » in de grote zaal van het klooster (tel. 091/25.52.47).

Programma :

14 u. — : afzonderlijke samenkomst van franstalige en vlaamse gilden;

14 u. 30 : statutaire vergadering van St. Lucas - België;

15 u. — : Uiteenzetting met discussie n.a.v. een studie « VIJF JAAR WET VEIL in Frankrijk » :

— Mr. BRION, jurist, hoofd van het Centre d'études familiales : « juridische en maatschappelijke aspecten »;

— Dr. DICKES, gynekoloog te Boulogne : toetst de abortuswet Veil op het terrein in een eigen studie;

17 u. — : eucharistieviering in de kapel van het klooster;

17 u. 45 : geleid bezoek aan het Bijloke museum (tel. 091/25.11.06);

18 u. 45 : receptie en cocktail in de prachtige kruisgangen;

19 u. 30 : feestmaaltijd in de Baudeloozaal van het museum.

Menu

— bloemkoolsoep
— tongfilets op Schotse wijze
— lamsbout - primeur groenten - aardappelnootjes
— sorbet met Grand Marnier
— koffie

Inschrijving graag vóór 10 oktober.

Prijs : 1.000 fr. (voor artsendiploma na 1973 : 800 fr.) per persoon te storten op rekening : 442-7010361-07 van Dr. J. Janssens, St. Lucas, Gent.



Hare Majesteit Koningin Fabiola en Dr. Kluyskens.